

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1900-1901 N° 1.

DES
A B C È S

CONSÉCUTIFS AUX INJECTIONS SOUS-CUTANÉES

Dans le cours de la Pneumonie et de la Fièvre typhoïde

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 10 Décembre 1900, à 3 h.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Adrien DERAPPE

Né à Jonville (Meuse), le 18 Janvier 1875

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. SPILLMANN	professeur.....	} <i>Président.</i>	
		SIMON	professeur.....		
		ETIENNE	agrégé.....		} <i>Juges.</i>
		BOUIN	agrégé.....		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

A. CREPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1900

DES
A B C È S

CONSÉCUTIFS AUX INJECTIONS SOUS-CUTANÉES

Dans le cours de la Pneumonie et de la Fièvre typhoïde

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 10 Décembre 1900, à 3 h.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Adrien DERAPPE

Né à Jonville (Meuse), le 18 Janvier 1875



EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

{	MM. SPILLMANN	professeur.....	Président.
	SIMON	professeur.....	
	ETIENNE	agrégé.....	Juges.
	BOUIN	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

A. CREPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS *, I.

Assesseur : M. BERNHEIM, *, I.

Professeurs honoraires : MM. HERRGOTT *, I, HECHT *, I, BEAUNIS *, I

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM *, I, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS *, I, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS, I, professeur.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I, professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments	M. A. HERRGOTT, I, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I, professeur
Hygiène	M. MACÉ, I, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, I, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, I, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, I, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, I, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A, professeur.
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I, professeur.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT, I, agrégé libre, ch. du cours
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, I, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. FÉVRIER, *, A, agrégé, ch. du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, A, agrégé, ch. du cours.
Pathologie externe.....	M. VAUTRIN, A, agrégé libre, ch. du cours

Agrégés en exercice

MM. GUÉRIN, I.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES, A.
HAUSHALTER, I.	GUILLOZ, A.	LAMBERT.
FÉVRIER, *, A.	FROELICH, A.	ANDRÉ.
ETIENNE, A.	SCHUHL, A.	BOUIN.

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, *, I, VAUTRIN, A, REMY, A,
P. PARISOT, I.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, A, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Nous saisissons avec empressement l'occasion qui nous est donnée, au terme de nos études, d'adresser nos remerciements à tous nos maîtres de la Faculté.

Qu'il nous soit permis d'adresser à M. le Professeur Spillmann nos plus vifs remerciements pour ses excellentes leçons et la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant le temps d'externat que nous avons passé dans son service. En acceptant la présidence de notre Thèse, notre maître nous donne une nouvelle preuve de sympathie : qu'il soit assuré de toute notre gratitude.

Nous n'oublierons jamais les leçons savantes de M. le Doyen Gross. La façon bienveillante dont il nous a accueilli pendant les six mois d'externat que nous avons passés auprès de lui, la façon dont il nous a initié dans un art où il est passé maître, lui sont un sûr garant de notre profonde reconnaissance.

M. le Professeur agrégé Etienne nous a inspiré l'idée de ce travail et a bien voulu nous guider de ses conseils et de son expérience dans le cours de sa rédaction. Qu'il veuille

bien accepter ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

Nous tenons à exprimer ici nos remerciements les plus sincères à M. le Professeur Rohmer et à M. le Professeur agrégé Février pour l'accueil bienveillant qu'ils nous ont fait lors de notre passage comme externe dans leurs cliniques.

INTRODUCTION

Les complications qui se produisent au cours des maladies infectieuses, telles que la pneumonie, la fièvre typhoïde, ne sont pas rares.

L'infection pneumococcique chez l'homme est en général une infection localisée, et sa forme habituelle est une localisation pulmonaire, une pneumonie.

L'infection Eberthienne est également une infection localisée en général au niveau de l'intestin.

Il se forme cependant des foyers secondaires dans ces deux maladies, foyers qui se trouvent assez loin de la lésion primitive pour qu'on ne puisse accuser la voie lymphatique d'avoir transporté l'agent pathogène.

Ces foyers secondaires se forment tellement loin de la lésion initiale que toute idée de transmission par contiguïté ou continuité ou par voie lymphatique ne peut être admise. Dans ce cas on ne peut mettre en cause qu'une seule voie, la voie sanguine.

Les embolies microbiennes provenant du foyer primitif sont par voie sanguine emmenées dans les différents organes produisant ici une arthrite, là une méningite, ailleurs un abcès. Ce sont là des métastases.

Il suffit de quelques microorganismes isolés, échappés à la localisation primitive, passant dans le torrent circulatoire et s'arrêtant dans un endroit quelconque, pour y produire une métastase.

Dans ces cas il n'y a pas septicémie au sens clinique du mot; bien qu'il existe un abcès métastatique, il n'est pas étonnant qu'il soit impossible de constater la présence du microbe dans la faible quantité du sang prélevé au malade. Mais alors pourquoi les agents pathogènes charriés par le sang ou par les globules blancs qui les ont englobés, pourquoi ne s'arrêtent-ils pas dans tel ou tel organe et s'arrêtent-ils dans un autre? Pourquoi dans la fièvre typhoïde, par exemple, le bacille d'Eberth produit-il un abcès sous-cutané justement à la jambe, alors que le microbe a eu à traverser un si long parcours, pendant lequel il aurait pu se fixer.

Ici nous pouvons invoquer le « *locus minoris resistentiæ* ». Pour qu'un organe puisse s'infecter, dit M. Netter, il faut que cet organe se trouve préparé à recevoir l'agent infectieux. En quoi consiste cette préparation? C'est ce qui nous échappe; pourtant tous les cliniciens sont d'accord sur ce point que l'infection tend toujours à se faire dans un organe qui ne jouit plus de sa fonction normale.

Ainsi, par exemple, un traumatisme du genou, si léger soit-il, peut provoquer chez un enfant débile, tuberculeux, une tumeur blanche de ce genou. Les observations relatant d'une manière probante cette assertion sont très nombreuses.

Le traumatisme n'est pas la seule cause à invoquer, il faut compter avec plusieurs causes adjuvantes qui favorisent l'éclosion du foyer secondaire. Le surmenage, l'al-

coolisme, le saturnisme, etc., un état pathologique antérieur aident beaucoup à la formation de ces localisations secondaires.

Nous pouvons citer ici l'observation recueillie par M. le docteur Garnier dans le service de M. le professeur Bernheim où un traumatisme antérieur a produit un abcès à pneumocoques au cours d'une pneumonie.

OBSERVATION (résumée).

G..., âgé de 52 ans, journalier, entre à l'hôpital le 14 mai 1898, Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Il y a un an et demi, a été tamponné entre deux wagons au niveau de la poitrine, le coup aurait porté vers les 5^e, 6^e et 7^e côtes ; à la suite du traumatisme, reste au repos un mois ; n'a pas eu de fracture ni de lésion pulmonaire. Le 11 mai, à 6 heures du soir, il est pris de frissons avec point de côté. Dans la nuit, le malade a de la fièvre. La douleur, la toux, la fièvre persistent plusieurs jours et le malade entre à l'hôpital. On diagnostique une pneumonie occupant tout le poumon droit avec congestion de la base du poumon gauche.

Le 17 mai. — Râles sous-crépitants occupant toute la hauteur du côté droit.

Le 18. — Fièvre persiste, crachats visqueux ambrés, renfermant le pneumocoque en abondance.

Le 20. — La défervescence ne se fait pas. Crachats ont le même caractère.

Le 26. — Souffle tubaire au sommet droit. Malade respire mieux, mais se plaint d'une douleur à l'hypocondre droit. A ce niveau la pression est douloureuse et dénote un empâtement profond.

Le 27. — La fièvre est tombée, la douleur persiste.

Le 1^{er} juin. — On perçoit une tuméfaction de la grosseur d'une mandarine avec fluctuation. On incise l'abcès. Il s'écoule un pus verdâtre, homogène, qu'on recueille aseptiquement.

Le 4 juin. — La fièvre a cédé, le malade respire plus facilement.

Le 23 juin. — La respiration est nette, il n'y a plus de râles, le malade est convalescent.

L'examen du pus montre de nombreux diplocoques encapsulés et qui conservent le Gram.

Le diplocoque rencontré se présente avec tous les caractères du pneumocoque de Talamon Fränkel.

L'abcès était donc dû au pneumocoque seul, cet abcès apparut alors que la pneumonie n'avait pas encore fait sa défervescence s'est localisé au point où avait porté le traumatisme antérieur. On peut donc supposer que, chez le malade débilité, le pneumocoque a passé dans le sang et, rencontrant un endroit où la résistance était moindre, s'y est fixé pour déterminer une suppuration locale.

Les faits cliniques ont suggéré à beaucoup de bactériologistes l'idée de vérifier les hypothèses par l'expérimentation. Parmi les expérimentateurs, citons M. Netter qui, le premier, a réussi à produire expérimentalement une de ces localisations : « l'endocardite à pneumocoques. »

ABCÈS A PNEUMOCOQUES

Nous allons étudier ici les localisations sous-cutanées qui se produisent dans les maladies infectieuses, pneumonie, fièvre typhoïde à la suite d'injections hypodermiques dans un but thérapeutique.

Nous étudierons d'abord les localisations qui se sont produites au cours de la pneumonie, puis celles produites au cours de la fièvre thyphoïde à la suite d'injections sous cutanées soit de caféïne, soit de térébenthine, soit d'éther.

Ce travail nous a été inspiré à la suite d'une observation recueillie dans le service de M. le professeur Spillmann où à la suite d'une injection de caféïne chez un malade atteint de pneumonie, nous avons vu se produire un abcès à pneumocoques.

OBSERVATION I.

G..., âgée de 46 ans, ouvrière en chaussures. La malade a eu une bonne santé habituelle jusqu'à il y a trois ans. Depuis ces trois ans a eu plusieurs bronchites grippales. Elle entre à l'hôpital le 11 avril 1899. Depuis le mois de janvier se plaint de dyspnée et de toux.

Depuis le 7 avril la malade a de la fièvre, une toux pénible, et se plaint de point de côté.

C'est une malade amaigrie, pommettes colorées, lèvres et oreillères cyanosées. La température est de 39°.5.

Expectoration abondante, muco-purulente, crachats ambrés.

A la percussion en arrière, matité à gauche et à droite mais plus accentuée à droite.

A l'auscultation, nombreux râles sous-crépitants dans toute la hauteur du côté droit.

A la palpation, exagération des vibrations du côté droit.

Le 14 avril, la température qui était retombée à 37°,5 monte jusqu'à 38°,9 ; on fait une injection de caféine en solution :

Caféine. 2 gr. 50

Benzoate de soude. 3 gr.

Eau distillée Q. S. pour 10 cc. stérilisée

L'injection est faite à la face dorsale de l'avant-bras droit, l'injection est douloureuse.

Le 15 avril. — La peau de la région au niveau de laquelle a été faite l'injection est rouge-brun, enflammée sur une étendue large comme une pièce de 2 fr. T. 37°.2.

Le 16. — La région est très douloureuse, la zone indammatoire ne s'est pas étendue ; fluctuation nulle.

Le 17. — Fluctuation nette ; l'abcès collecté fait une saillie comme la moitié d'une coquille de noix, très douloureux. T. 38° le soir.

Le 18. — Après désinfection très soignée de la région, incision de l'abcès avec bistouri stérilisé ; il s'écoule un pus verdâtre, homogène et crémeux. L'examen direct sur lame avec coloration au violet du Dahlia acétique, montre de nombreux diplocoques encapsulés ne prenant pas le Gram.

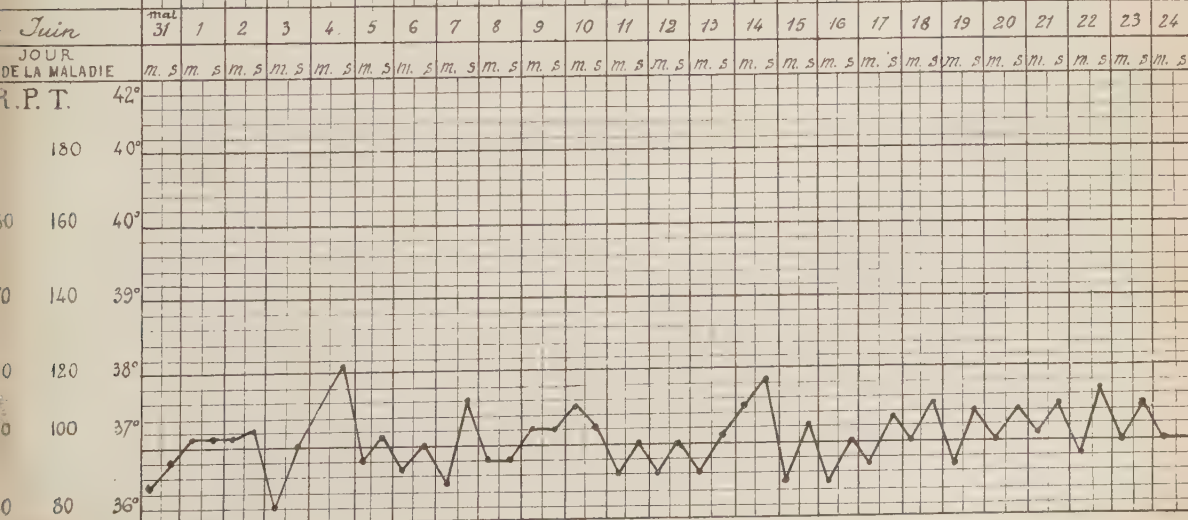
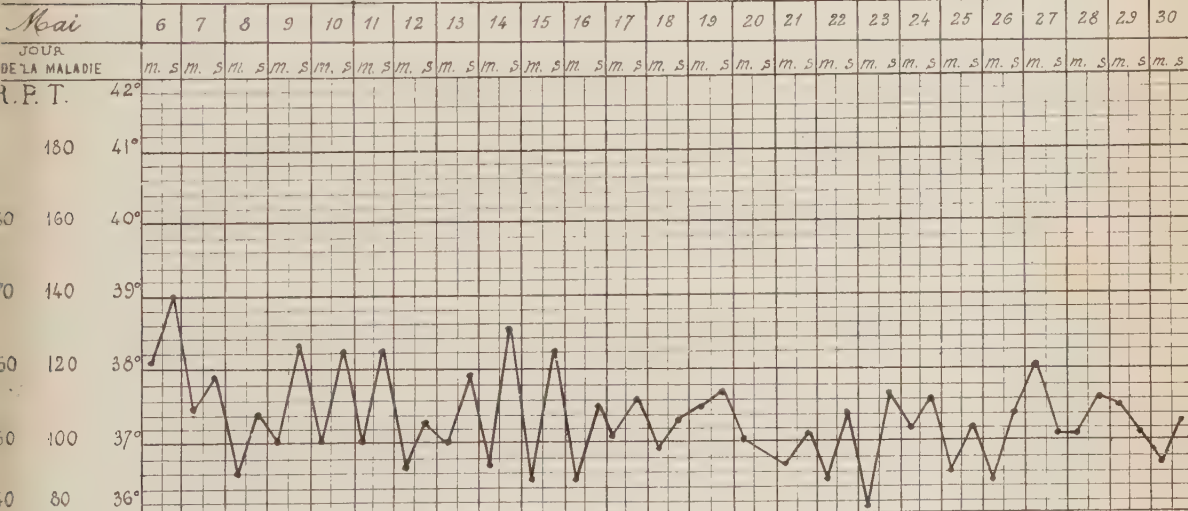
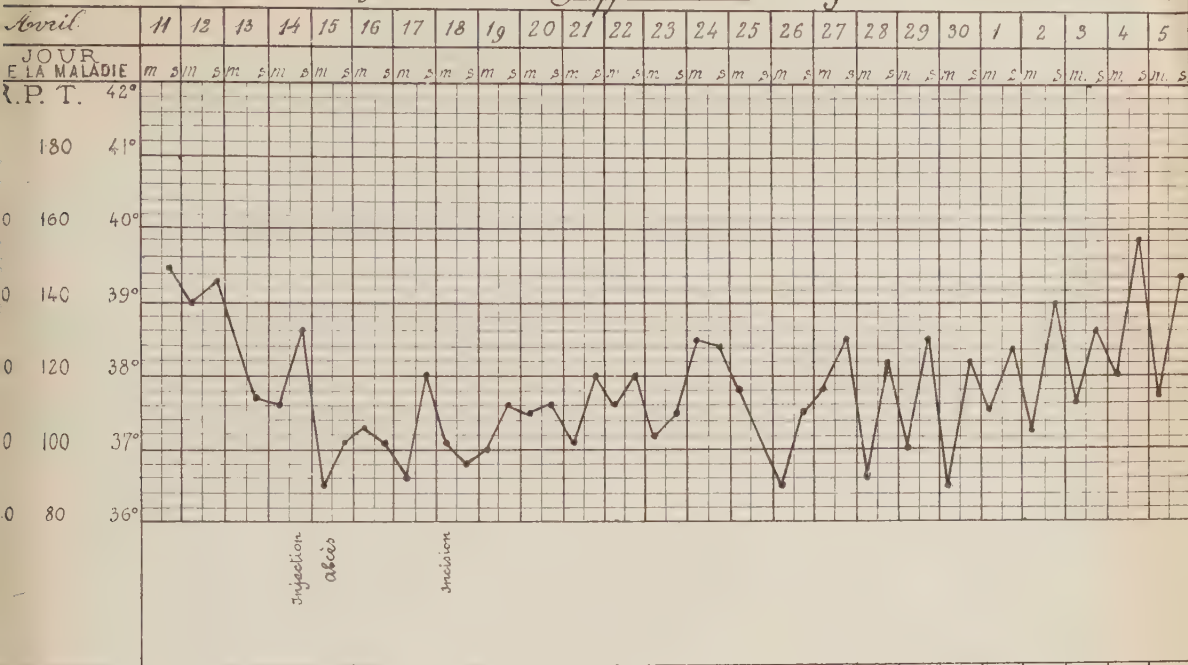
On ne trouve dans la préparation aucun autre élément microbien.

Le 20. — L'abcès est presque complètement guéri.

Le 10 mai. — On entend toujours en arrière, à gauche, de nombreux râles sous-crépitants avec souffle à l'expiration, râles à grosses bulles à la base droite avec souffle au sommet. T. 38°.

Le 20 mai. — Mêmes signes.

Le 1^{er} juin. — Les souffles persistent ainsi que les râles en

Salle N° 16 Lit N° 9 Nom: *Geoffroi.* Diagnostic: _____

avant. Expectoration toujours abondante. L'appétit est meilleur. T. 37°.

10 juin. — Mêmes symptômes à l'appareil respiratoire. Mais l'état général est excellent. T. 37°.2.

18 juin. — Souffles persistent toujours ainsi que les râles surtout à droite.

Le 20. — Malade part pour Rosières; les signes à l'examen de l'appareil respiratoire sont les mêmes, mais la malade a bon appétit et présente un bon état général. Température se maintient toujours à 37°.

Nous pouvons citer encore un certain nombre d'observations où une injection sous-cutanée a produit une localisation secondaire.

OBSERVATION II

(ACHARD et WEIL. — *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie.*)

Pneumonie adynamique chez une femme enceinte. — Abscès à pneumocoques consécutifs à une injection de caféine.

G..., 33 ans, entre le 24 février 1898 dans le service de M. Gilbert, à l'hôpital Broussais, enceinte de 4 mois.

Elle traîne depuis 15 jours et présente à son entrée les symptômes d'une pneumonie de la base gauche. Symptômes généraux très accentués; elle se plaint d'une céphalée intense, dyspnée très vive et présente un véritable état ataxo-adynamique. Les bruits cardiaques sont assez mous avec une tendance au rythme embryocardique. 120 pulsations par minute. T. 39°.

En raison des signes de faiblesse cardiaque on pratiqua des injections de caféine.

La défervescence se produit en lysis le 3 mars.

Le 8 mai, on remarque un abcès à la cuisse droite au niveau d'une

piqûre de caféine. Le pus est collecté en 5 jours sans que jamais la température ait dépassé 38°.

Le 15 mars. — Ouverture de l'abcès, le pusensemencé donne une culture pure de pneumocoque de Talamon Fränkel. L'inoculation à la souris est mortelle en 23 heures. L'état général de la malade redevient bon, mais les signes de la pneumonie persistent jusqu'au 15 avril, avortement le 5 avril. Le 15 avril, légère phlébite de la fémorale gauche qui se résout promptement. La malade sort guérie le 1^{er} mai.

Zuber dans sa thèse a étudié aussi la localisation secondaire de pneumocoque dans la pneumonie à la suite de traumatisme et d'injection sous-cutanée de caféine ; nous rapportons ici ces observations.

OBSERVATION III

(*Société biologique*, 11 janvier 1896.)

Pneumonie. — Injection sous-cutanée de benzoate de caféine. — Absès à pneumocoques.

D.... 76 ans.

Antécédents héréditaires. — La mère et un frère du malade sont morts de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Le malade a eu à 19 ans des adénites cervicales suppurées. A 36 ans, pleurésie droite suivie trois ans après d'une série d'abcès froids dans la région dorsale. Il y a 10 mois a eu une crise de colique hépatique avec ictère.

Le malade a débuté brusquement il y a trois jours par un point de côté à droite avec frissons, chute sans connaissance ; depuis ce moment le malade est dans un état de prostration marquée, avec fièvre. Toux fréquente, pénible, s'accompagnant d'une expectoration gelée d'abricots, mais teintée de jaune vert, bilieuse. On

constate un peu d'ictère. T. 38° à son entrée s'éleva le lendemain à 39°. Urines rares, foncées, sans albumine.

A l'auscultation, on constate à droite un foyer de pneumonie étendu à toute la base.

Souffle tubaire, râles crépitants, bronchophonie. Vibrations thoraciques exagérées, la matité absolue remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate.

Poumon gauche normal.

Les bruits du cœur sont faibles, les battements irréguliers sans intermittences vraies.

Le foie est augmenté de volume et douloureux à la palpation.

Traitement. — Régime lacté. Eau de Vichy, potions de Tood ; deux piqûres de benzoate de caféine et d'éther.

Le 10 juillet. — Même état. T. 39°. Urines rares.

Le 11. — Pouls meilleur, plus régulier et plus fort. Adynamie moins marquée.

Le 15. — Amélioration. Défervescence fébrile. T. 37°.

Crise urinaire. A l'auscultation, on note la persistance du souffle mais s'accompagnant de râles plus gros aux deux temps. Les piqûres de caféine sont supprimées.

Le 20. — Malade s'améliore lentement. La fièvre n'a pas reparu. Il y a un peu de diarrhée.

1^{er} août. — Convalescence lente. Le malade reste affaibli.

Il s'aperçoit que les piqûres de caféine faites sous la peau de la face antérieure des cuisses ont laissé de petits noyaux d'induration qui grossissent lentement, mais sans douleur et sans fièvre.

Le 20. — Au niveau d'une des petites tumeurs la peau a rougi et s'est ulcérée en donnant issue à du pus.

Le 1^{er} septembre. — Il existe 4 abcès dont 2 à la cuisse gauche. Ces abcès sont rouges et nettement fluctuants. Ils ont le volume d'une noisette. Les abcès sont indolores. On incise. Il s'écoule un pus visqueux, jaune verdâtre. Ce pus est recueilli dans des pipettes stérilisées.

Le 6. — On prélève une pipette de la salive du malade pour l'inoculer à la souris. On retire par piqûre de la veine radiale superficielle un centimètre cube de sang qui estensemencé.

Examen bactériologique. — A) *Du pus.* — Le pus examiné sur lamelles colorées par le rouge de Ziehl dilué présente de nombreux diplocoques à capsules nettement colorées. Ils ne se décolorent pas par le Gram. Il n'y a pas d'autres formes microbiennes.

On fait une culture. L'examen des colonies donne les caractères du pneumocoque en culture.

L'inoculation de quelques gouttes de pus sous la peau de la cuisse d'une souris lui donne un abcès volumineux et la tue en 36 heures.

B) *De la salive.* — On inocule sous la peau de la cuisse d'une souris 1 centimètre cube de salive. La souris meurt en 48 heures avec un volumineux phlegmon. On trouve le pneumocoque dans le sang à l'examen direct et par culture.

OBSERVATION IV

(MERY. — *Société de biologie*, 18 janvier 1896.)

Pleuro-pneumonie grave. — Injection sous-cutanée de caféine. — Abcès à pneumocoque au niveau des piqûres.

Un enfant de 9 ans eut vers le milieu de décembre 1894 une pneumonie très grave avec phénomènes méningés. Des injections de caféine furent faites aux fesses et aux cuisses. Une pleurésie purulente à pneumocoques qui débuta au cours même de la pneumonie nécessita un empyème. L'enfant rentra dans sa famille le 22 janvier.

On remarqua à cette époque deux points d'induration au niveau de deux piqûres des fesses. La douleur et l'induration augmentent, la peau rougit et le 9 février on fut obligé d'ouvrir deux abcès formés au niveau des anciennes piqûres. Ils s'en écoulent un pus épais, visqueux, recueilli dans des pipettes stérilisées. L'examen bactériologique donne les résultats suivants :

Examen direct des lamelles. Pneumocoques encapsulés. Ense-

mencement de pus sur gélose inclinée. Colonie de pneumocoques à l'état pur.

Inoculation du pus à la souris. Mort par septicémie à pneumocoques.

OBSERVATION V (Résumée).

(L. GUINON et BUREAU. — *Société médicale des hôpitaux*,
21 février 1896 et *Gazette des hôpitaux*, 5 mars 1896.)

Pneumonie droite très étendue. — Pleurésie purulente consécutive à pneumocoques. — Empyème. — Abscess sous-cutanés multiples à pneumocoques consécutifs aux injections de caféine.

D. . . , garçon de cuisine, 50 ans, entre à l'hôpital le 15 novembre 1895.

Le 11, il fut pris d'un frisson intense et d'une violente douleur au côté droit. Admis trois jours après, le malade est en proie à une dyspnée violente ; face vultueuse injectée. Langue sèche, rotie. Pouls petit, rapide, 120. Pneumonie massive de tout le poumon droit.

Urines rares, rouges foncées, albumineuses. T. 39°,8. Les jours suivants, l'état reste à peu près stationnaire. T. oscille entre 39° et 40°. Crachats rouillés, légèrement purulents.

Deux injections de caféine par jour, alcool, ventouse. Enveloppement froid.

Le 21, T. est à 37°,8, c'est le dixième jour de la maladie. Cette apyrexie s'est faite sans chute brusque.

Le 1^{er} décembre, on constate tous les signes d'un épanchement pleurétique.

Le 4. Empyème. Le même jour, on remarque sur la face antéro-externe du bras gauche deux abcès au point où ont été pratiquées les injections de caféine. Ces abcès sont douloureux, de la grosseur d'une noix ; la peau à leur niveau est rouge et violacée. On ponctionne ces trois abcès avec la pointe du bistouri ; il en sort du

pus très épais, verdâtre. On applique un pansement humide au sublimé et au bout de 48 heures la guérison de ces abcès est complète.

Le pus des abcès du bras examiné sur lamelles colorées par le violet de gentiane phéniqué, contient des diplocoques encapsulés peu nombreux à l'exclusion de tout autre microbe. C'étaient donc bien des abcès à pneumocoques.

OBSERVATION VI

(L. GUINON et BUREAU. — *Société médicale des hôpitaux*, 21 février 1896, et *Gazette des hôpitaux*, 5 mars 1896.)

Pneumonie double chez un alcoolique. — Pleurésie purulente droite. — Empyème et résection costale. — Enormes abcès sous-cutanés à pneumocoques consécutifs aux injections de caféine.

M..., 52 ans, journalier. A 30 ans, contracta une pleurésie avec fluxion de poitrine, pleurésie droite. Se guérit complètement. Le 7 décembre, est pris d'un malaise subit; le mardi 9, dut s'aliter après avoir eu la veille au soir un violent frisson. A son entrée, cinquième jour, cet homme présente un faciès très altéré, les pommettes rouges, dyspnée intense. Langue sèche, rotie. T. 39°,7. Pouls petit, fréquent. On diagnostique pneumonie double plus étendue à droite qu'à gauche. Crachats visqueux, adhérents, très purulents.

Enveloppements froids. Piqûres de caféine. Le 19, T. tombe à 38°,2. Du côté des poumons la résolution se fait bien à gauche, mais à droite le souffle persiste toujours. Le 24, on décèle une pleurésie purulente. On ponctionne et on évacue 300 grammes de pus. T. tombée à 37°,8. Le pus examiné contenait uniquement du pneumocoque.

Le 29. — Empyème, mais on n'arrive pas sur la poche.

Le 11 janvier. — Nouvel empyème au-dessus et un peu en dedans du huitième espace. On résèque 2 centim. de côte et on

arrive sur la poche qu'on évacue. Le soir T. 37°,2. Etat général meilleur.

Le 21. — On voit à la face antéro-externe de la cuisse droite du malade un abcès volumineux et un phlegmon de la fesse gauche. Ces abcès remontent au 10 janvier.

On procède à l'ouverture de ces collections. L'abcès de la cuisse droite laisse écouler un verre de pus verdâtre et sanguinolent. Du phlegmon de la fesse gauche sort un demi-litre de liquide de même nature. Ces deux collections se sont développées à l'endroit où l'on avait fait les piqûres de caféine.

Examen du pus. Sur lamelles. — On trouve des diplocoques à capsules pas très visibles conservant le Gram, souvent réunis par amas.

OBSERVATION VII

(NETTER et RENAULT. — *Société médicale des hôpitaux*, mars 1892.)

Pneumonie. — Injections sous-cutanées d'éther. — Phlegmon du bras à pneumocoque.

D..., 72 ans, ménagère, entre le 3 mars 1890 à l'hôpital. Le 25 février, frisson violent, fièvre, point de côté peu net ; garde le lit jusqu'au 1^{er} mars. Essaie de se lever mais ne peut rester debout. Entre à l'hôpital le 3 mars. Pneumonie du sommet droit. T. 39°.

Le 5. — Mêmes signes de pneumonie, mais il s'y est ajouté des râles humides. T. 39°,5 le soir.

Le 6. — Adynamie plus marquée. Injections d'éther.

Le 7. — Même état général. Crachats visqueux et rouillés avec pneumocoques.

Le 8. — Etat général s'améliore. T. 38°,6 le soir.

Le 11. — L'amélioration continue. On aperçoit à la partie postérieure du bras gauche une tuméfaction rouge et douloureuse non fluctuante ; elle est due aux piqûres d'éther.

Le 13. — Incision donnant issue à une faible quantité de sérosité mélangée à quelques gouttes de pus.

L'examen montre que la sérosité contient de nombreux pneumocoques.

Enfin la malade sort le 7 avril et part à l'asile de convalescence du Vésinet.

OBSERVATION VIII (Résumée).

(LEMIERRE, *Thèse Paris 1891.*)

Abcès sous-cutané contenant des pneumocoques à la suite d'une piqûre de caféine, chez un pneumonique. — Péricardite et pleurésie purulentes. — Mort.

B... 33 ans, entre le 10 juillet à l'hôpital de Lille, au troisième jour d'une pneumonie.

Le lendemain on lui fit sous la peau de l'avant-bras l'injection d'un centimètre cube d'une solution de caféine contenant 4 grammes de caféine pour 10 grammes d'eau et 3 grammes de benzoate de soude.

Cette pneumonie fut très grave et le malade mourut le 29 juillet. Pendant qu'évolue la pneumonie, des phénomènes inflammatoires se montrèrent au niveau de la piqûre de caféine faite le 11 juillet.

Le 12 juillet. — Au niveau de l'injection la peau est rouge et chaude; il existe un léger empâtement.

Le 13. — La tuméfaction se localise.

Le 22. — Cette tumeur indolente avait à peu près la grosseur d'une noix, elle était nettement fluctuante. Elle fut incisée et donna issue à quelques centimètres d'un pus jaune pâle, épais, filant.

Le 24. — L'abcès s'était reproduit et fut vidé de nouveau; il contenait trois centimètres cubes de pus grisâtre.

Le pus fut examiné lors des deux incisions. Les deux examens et les cultures permirent d'affirmer la présence du pneumocoque dans le pus de cet abcès.

OBSERVATION IX

(BIGNAMI. — *Société Lamisienne des hôpitaux de Rome*,
13 février 1892.)

Abcès phlegmoneux chez un pneumonique.

L'auteur a observé le développement d'abcès phlegmoneux sous-cutané chez un pneumonique au point où avaient été faites les injections de substances irritantes (huile camphrée, caféine). Dans le pus de ces abcès il a trouvé exclusivement le diplocoque de Frænkel. Il pense que le pneumocoque circulait dans le sang et est devenu pyogène dans les points où les tissus étaient devenus moins résistants par suite d'injections irritantes.

OBSERVATION X

(ZUBER, *Thèse de Paris*, 1896.)

Pneumonie grave avec pleurésie purulente. — Injections de caféine et d'éther. — Abcès à pneumocoques au niveau des piqûres.

R..., 35 ans, entre à l'hôpital Laënnec, avec tous les signes d'une pneumonie lobaire gauche. T. 39° pendant tout le mois d'avril. Le 1^{er} mai, on constate les signes physiques d'une pleurésie gauche; une ponction permet de retirer une seringue de Pravaz de pus qui, à l'examen direct, renferme de nombreux diplocoques encapsulés.

Pendant tout le cours de la maladie, des injections sous-cutanées d'éther et de caféine sont faites à la face externe des cuisses.

Vers la fin de mai, on trouve deux collections fluctuantes aux cuisses ; on incise et on obtient deux verres de pus verdâtre, bien lié.

A l'examen direct, on trouve de nombreux diplocoques encapsulés. L'inoculation de ce pus à une souris la tue en vingt-quatre heures et on retrouve dans le sang du cœur des diplocoques encapsulés. Les diplocoques restent colorés par la méthode de Gram.

D'après ces observations, les complications sont survenues en dehors de la volonté de l'observateur. C'est une preuve que le pneumocoque passe dans le sang, est attiré et fixé dans certains organes par l'état d'irritation de ces organes dont la résistance est diminuée et qui offrent par conséquent un terrain favorable au développement du micro-organisme.

ABCÈS A BACILLES D'EBERTH

Nous venons de voir par ce qui précède que les injections sous-cutanées ont produit des foyers secondaires chez des malades atteints de pneumonie.

Chez des malades atteints de fièvre typhoïde, le traumatisme, des injections sous-cutanées faites dans un but thérapeutique ont également provoqué de ces foyers à localisation secondaire, foyers dans lesquels on a pu retrouver l'agent pathogène de la maladie.

Nous n'avons pas ici d'observation personnelle, nous rapportons les observations que nous avons trouvées au cours de nos recherches.

M. Schneider (d'Oran) cite deux cas dans lesquels il a pu observer la localisation secondaire du bacille d'Eberth.

La première observation concerne un malade chez lequel l'épreuve de Widal fit modifier un diagnostic primitif de typho-malarienne en celui de fièvre typhoïde.

A la suite d'injections hypodermiques de chlorhydrate de quinine, faites avec toutes les précautions d'asepsie, se développèrent dans les hypocondres au niveau des piqûres, deux abcès de la grosseur d'un œuf de poule et à évolution indolente.

Le pus immédiatementensemencé après incision fournit une culture pure d'un bacille que ses caractères ne permirent pas de différencier du bacille d'Eberth.

Des dilutions très étendues de sérum antityphique, impressionnent encore vivement ce bacille, tandis que le pus était totalement dépourvu de pouvoir agglutinant. Ces abcès guérissent promptement.

Pus et bacilles avaient été inoculés sans résultat.

Chez un second malade, le séro-diagnostic en pleine pyrexie était très positif.

Pendant la convalescence, apparut une hydarthrose de l'articulation du coude droit, suite d'un traumatisme. Une ponction fut pratiquée et quelques centimètres cubes d'un liquide louche, contenant d'assez rares globules rouges et des gouttelettes huileuses s'écoulèrent.

L'ensemencement donna une culture d'un bacille identique à celui d'Eberth.

Comme les autres microbes le bacille d'Eberth se fixerait de préférence au point intéressé par un traumatisme.

OBSERVATION XI

(MALENCHENI et PIERACONI. — *Semaine médicale*, 1899.)

Abcès sous-cutanés à bacille d'Eberth, consécutifs à des injections hypodermiques de caféine.

Dothiéntenthérie à forme grave chez une fillette de 12 ans, hospitalisée dans le service de M. Branti, à laquelle, pour combattre l'adynamie, on fit à plusieurs reprises et en observant toutes les règles de l'antisepsie, des injections de caféine : 2 grammes de

caféine, 3 grammes de benzoate de soude et 10 grammes d'eau distillée stérilisée. Les injections sont pratiquées sur la face externe de la cuisse, sauf une, faite dans le tissu cellulaire de la région deltoïdienne du bras gauche.

Huit jours après la défervescence complète, la malade accusa un léger mouvement fébrile en même temps qu'elle commençait à se plaindre de douleurs, d'abord à la face externe de la cuisse droite, puis à la cuisse gauche, aux points où on avait fait les injections. En chacun de ces endroits, il ne tarda pas à se former un abcès chaud assez volumineux.

Une collection purulente plus limitée apparut également à la région deltoïdienne gauche. Ces abcès furent ouverts l'un après l'autre, à mesure qu'ils atteignaient la période de maturation. Le pus crémeux, inodore, de coloration jaunâtre, examiné, permit de constater la présence de nombreux bacilles d'Eberth.

Ces abcès loin d'être dus dans ce cas à une infection accidentelle au cours de l'intervention, reconnaissent pour cause unique le traumatisme résultant de l'injection, traumatisme qui a suffi pour créer au niveau de la piqûre un « locus minoris resistentiæ ».

OBSERVATION XII

(MM. ACHARD ET WEIL. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1898.)

Fèvre typhoïde avec rechute. — Abcès à bacille d'Eberth consécutif à une injection de bleu de métylène.

R..., 28 ans, mécanicien, entré le 4 septembre 1897 dans le service de M. Achard à l'hôpital Tenon.

La maladie a débuté il y a 7 ou 8 jours par de la fièvre, de l'anorexie, de la céphalalgie.

A son entrée : faciès vultueux, température 39° ; le malade se plaint d'une violente céphalalgie, de courbature générale, d'insomnie. Soif vive, anorexie, langue recouverte d'un enduit saburral

et rouge sur les bords. Rate volumineuse. Quelques taches rosées lenticulaires. Séro-diagnostic positif.

Une injection de bleu de méthylène de 0 gr. 05 centigr. est faite à la fesse gauche le 5 septembre. Le malade est traité par les bains froids.

La fièvre typhoïde évolue assez rapidement.

Le 13 septembre, on constate un abcès de la fesse gauche au niveau du point où avait été faite la piqure de bleu de méthylène. Cet abcès est ouvert et drainé; l'ensemencement du pus a donné des cultures pures de bacille d'Eberth.

Le 13 octobre. — Toux vive, quelques râles secs à l'auscultation. T. 40°.3, pouls 94.

Le 15 octobre. — Nouvelle injection de bleu de méthylène au bras gauche.

Le 16 octobre, la défervescence se poursuit régulièrement; on commence à alimenter le malade. L'abcès de la fesse se cicatrise avec lenteur. Le malade sort le 8 décembre.

M. Achard rapporte également une observation de fièvre typhoïde où une injection de bleu de méthylène faite au niveau de la fesse gauche produisit une petite collection fluctuante, indolore. Mais le malade ne voulut pas laisser ouvrir l'abcès et quitta le service.

Bien que l'examen bactériologique n'ait pas été fait, M. Achard pense qu'il s'agit bien là, comme dans le cas précédent, d'un abcès à bacille d'Eberth.

Dans toutes les observations que nous venons de rapporter nous avons vu un abcès se former à la suite d'injections de caféine ou d'éther.

Il faut remarquer cependant que l'époque de l'apparition de l'abcès n'est pas la même pour toutes. L'abcès semble se former plus ou moins lentement suivant le point où a eu lieu l'injection.

Dans les observations I et VII où les injections furent faites aux bras, nous voyons l'apparition de l'abcès se faire plus rapidement que dans les autres observations où l'injection fut faite au niveau des cuisses.

De même dans l'abcès formé au cours de la fièvre typhoïde à la suite d'injections, nous voyons l'abcès se former huit jours après ces injections, qui furent faites au niveau des cuisses. Nous pourrions tirer de ces observations la conclusion que l'abcès semble se former d'autant plus vite que l'injection est faite plus près du foyer primitif.

Dans toutes ces observations que nous venons de rapporter le phlegmon est-il réellement causé par le traumatisme de la piqûre ou n'est-il qu'une coïncidence pure et simple ? C'est ce que Zuber a cherché à démontrer par une série d'expériences qui lui ont toutes donné le même résultat.

Voici en quelques lignes la méthode suivie par lui dans ces expériences.

Il a expérimenté sur le chien et le lapin. Il injecte sous la peau de l'animal quelques gouttes de térébenthine ou d'une solution de caféine à 20 0/0. Un autre animal, témoin, est préparé de la même façon. Vingt-quatre à quarante-huit heures après l'injection irritante, il inocule une culture virulente de pneumocoque sous la peau du premier

animal en ayant soin de faire cette inoculation assez loin de la première piqûre, afin d'éviter complètement la propagation par contiguïté. Il injectait par exemple le liquide irritant dans la peau de l'oreille et la culture dans l'extrémité inférieure de la cuisse.

L'observation a démontré que l'animal ayant reçu seulement le liquide irritant (térébenthine, caféine) présentait une légère réaction au point injecté, tandis que les animaux ayant reçu en outre la culture de pneumocoques présentaient une réaction beaucoup plus intense avec une infiltration énorme de la rougeur, de la chaleur; la formation d'un abcès. Jour par jour, Zuber a étudié l'état bactériologique du point irrité et il a constaté que dans les premières vingt-quatre heures on ne trouve pas encore de pneumocoques dans l'exsudat produit au niveau de l'injection irritante. Au bout de quarante-huit heures on en constate nettement et enfin trois jours après l'inoculation, époque à laquelle l'animal meurt généralement, on trouve un abcès très net formé par un exsudat purulent, épais, fibrineux, jaune verdâtre; la collection est mal limitée et on voit des fusées infiltrant le tissu cellulaire environnant comme dans un phlegmon diffus. Le pus contient du pneumocoque en abondance.

L'examen microscopique direct du pus, les cultures et l'inoculation de ces cultures à des animaux, ont prouvé qu'il s'agissait toujours du pneumocoque.

Zuber fait la remarque que dans les cas d'injection de térébenthine, il existait toujours dans l'abcès une certaine quantité de cette substance caractéristique par son odeur, ce qui prouve que la térébenthine n'empêche pas le développement du pneumocoque.

Quant à savoir comment le traumatisme d'une piqûre produit un « locus minoris resistentiæ » et de quelle façon l'agent infectieux se localise en cet endroit, voici ce que nous en pensons :

Le premier effet de la piqûre est une irritation locale ; l'effet de l'irritation sur les nerfs vaso-moteurs est connu, il se produit une vaso-dilatation, d'où ralentissement du courant sanguin à ce niveau ; phénomène très favorable pour l'arrêt des micro-organismes et leur développement.

La vaso-dilatation a encore comme conséquence la diapédèse des globules blancs, de sorte que les globules blancs soit en entraînant le micro-organisme qu'ils ont englobé, soit en lui ouvrant le chemin, favorisent son passage à travers la paroi vasculaire et sa localisation au niveau de l'organe irrité par la piqûre.

OBSERVATIONS SUR LES ABCÈS DE FIXATION

L'étude de ces abcès à la suite d'injections sous-cutanées nous amène naturellement à parler des « abcès de fixation », dont Fochier de Lyon avait fait un traitement dans les maladies infectieuses.

Mais les abcès de fixation provoqués volontairement dans un but thérapeutique n'étaient pas une localisation secondaire ou du moins en avaient la réputation.

Cependant M. Revilliod, de Genève et d'autres découvraient que ces abcès soi-disant aseptiques contenaient des micro-organismes en tout semblables à ceux de la maladie primitive.

OBSERVATION I (résumée).

(REVILLIOD)

Il s'agit d'une malade âgée de 17 ans, couturière, qui entre à l'hôpital le 28 décembre 1895.

La malade est pâle, amaigrie, très abattue, avec une céphalée assez intense et de la fièvre, mais la courbe thermique ne présente aucun des caractères de celle de la fièvre typhoïde.

La malade n'a pas de sécheresse de la langue, rien du côté de l'appareil digestif; pas de taches rosées, pas de diarrhée, en un mot beaucoup de symptômes négatifs et très peu de symptômes positifs.

Vers la fin de la cinquième semaine, on constate la présence de pus dans les urines. L'état général devenait de plus en plus mauvais. On fait à la malade une injection sous-cutanée de térébenthine.

A mesure que l'abcès de fixation se formait, la fièvre baissa, la malade reprit des forces; son état général s'améliora, et la malade guérit.

Le professeur d'Espine fit l'examen bactériologique des urines et constata que le pus contenait en forte proportion le bacille d'Eberth.

L'abcès de fixation ponctionné aseptiquement, examiné, contenait également des micro-organismes sous forme de bacilles et sous forme de fils d'une mobilité très accentuée, et ondulés comme le bacille d'Eberth.

Ces bacilles ne coagulaient pas le lait, ne donnaient sur la pomme de terre aucune culture apparente, tout en s'y multipliant; ils ne produisaient pas l'indol dans les bouillons peptonisés.

En résumé, il s'agissait bien du bacille d'Eberth.

OBSERVATION II.

(REVILLIOD)

R..., âgé de 9 ans, entre à l'hôpital avec de la céphalée, des bourdonnements d'oreilles, des envies de vomir.

La veille il a eu une épistaxis; aujourd'hui T. est de 40°. Ces symptômes firent penser à une fièvre typhoïde, lorsque, le sixième jour de la maladie, se déclarèrent les signes les plus caractéristiques de la méningite. Demi-coma entremêlé de cris, plaintes, soupirs, ventre en carène, relâchement des sphincters, raie

méningitique. Pouls fréquent, petit. Température irrégulière, pas de taches rosées, selles moulées.

On fait au malade une injection d'essence de térébenthine à la face externe de la cuisse droite, deux jours après on en fit une seconde à la cuisse gauche.

Le malade alla de mieux en mieux et sortit complètement guéri.

On avait d'abord porté le diagnostic de fièvre typhoïde, puis l'idée de méningite tuberculeuse s'était présentée.

Mais l'examen bactériologique fait sur le pus de l'abcès de fixation par le professeur d'Espine donna une culture pure de bacilles d'Eberth.

Dans ces observations, nous pouvons voir que l'agent infectieux d'une maladie microbienne se retrouve dans le pus de l'abcès de fixation.

Ce serait donc un moyen de diagnostic excellent dans les cas douteux où une infection ne se localiserait pas ou bien se localiserait dans un endroit inaccessible à l'exploration. Le seul examen bactériologique du pus nous apprendrait à quel micro-organisme nous avons affaire, et pourrait nous fixer sur le diagnostic et le pronostic de la maladie. C'est un moyen inoffensif, puisque nous avons vu tous ces abcès guéris facilement, et de plus, il semblait avoir une influence thérapeutique.

CONCLUSIONS

Nous pouvons donc dire que les abcès qui se forment à la suite d'injections sous-cutanées, soit de caféine, d'éther et de térébenthine, ne doivent pas être imputés à l'opérateur, puisque nous avons vu ces abcès se former, alors même que toutes les règles de l'antisepsie avaient été rigoureusement observées.

La formation de ces abcès est due à la présence du microbe dans le sang. La piqure agissant comme un traumatisme, produit à l'endroit choisi un « locus minoris resistentiæ » qui favorise la formation de l'abcès chez des malades déjà très affaiblis.

Vu :

Le 28 novembre
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
SPILLMANN.

Vu :

LE DOYEN,
GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHARD et WEIL. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 13 octobre 1898.
- BIGNAMI. — *Atti della Società Lamisiana*.
— *Ospidali di Reforma*, 13 février 1892.
- BUREAU et GUINON. — *Société médicale des Hôpitaux*, février 1896, et
Gazette des Hôpitaux, 5 mars 1896.
- GARNIER. — *Médecine moderne*, 1899.
- LEMIÈRE. — *Thèse de Paris*, 1891.
- MÉRY. — *Semaine Médicale*, 1896.
- MALENCHENI et PIERACOMINI. — *Anal. in Semaine médicale*, 1899.
- NETTER. — *Société Médicale des Hôpitaux*, mars 1892.
- NETTER et RENAULT. — *Société Médicale des Hôpitaux*, mars 1892.
- REVILLIOD (de Genève). — *Revue Médicale de la Suisse romande*,
20 mai 1891.
- SCHNEIDER (d'Oran). — *Presse Médicale*, 1898.
- ZUBER. — *Thèse de Paris*, 1896.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
AVANT-PROPOS.....	5
INTRODUCTION.....	7
ABCÈS A PNEUMOCOQUES.....	11
ABCÈS A RACILLES D'EBERTH.....	23
OBSERVATIONS SUR LES ABCÈS DE FIXATION.....	30
CONCLUSIONS.....	33
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	34

